

«Doctora, yo como pelo». Tricotilomanía con tricofagia

Ana M.^a García-Rodríguez^a, Miguel J. Sánchez-Velasco^b, Rosa M.^a Lobo-Valentín^c y Martín A. Vargas-Aragón^d

^a Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Análisis Clínicos MDPhD. Centro de Salud Delicias I. Valladolid (España). Grupo de Trabajo de Genética y Enfermedades Raras de la semFYC.

^b Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Medicina Legal y Forense MD. Servicio de Inspección y Evaluación de Centros. Gerencia Regional de Salud. Valladolid (España).

^c Farmacéutica PhD. Servicio de Análisis Clínicos. Unidad de Citogenética. Hospital Río Hortega. Valladolid (España).

^d Especialista en Psiquiatría MDPhD. Hospital Río Hortega. Valladolid (España).

Correspondencia

Ana M.^a García Rodríguez.

Correo electrónico

anmagar67@hotmail.com

Recibido el 28 de junio de 2021.

Aceptado para su publicación el 16 de noviembre de 2021

RESUMEN

Se presenta caso de mujer que dice que se come el pelo desde la infancia para lograr alivio momentáneo en situaciones estresantes.

En la anamnesis, refiere antecedentes familiares con otros comportamientos compulsivos, incluyendo un familiar que también come pelo.

Conclusiones: es clave una anamnesis bien estructurada que explore trastornos neurológicos y psiquiátricos bien definidos, así como el diseño de un árbol genealógico lo más exhaustivo posible para descartar implicaciones genéticas.

Descartar trastornos dermatológicos con la dermatoscopia.

Es fundamental concienciar a la paciente de posibles complicaciones y comorbilidades como las obstrucciones digestivas y avanzar la pobre eficacia de los tratamientos con psicofármacos.

Palabras clave: tricotilomanía, tricofagia, compulsión.

«DOCTOR, I EAT HAIR». TRICHOTILLOMANIA WITH TRICOPHAGIA

ABSTRACT

There is a case of a woman who refers to eating her hair since childhood for momentary relief in response to stressful situations. In the anamnesis, she refers to a family history with other compulsive behaviors, including another member who also eats her hair.

Conclusions: a well-structured history that explores well-defined neurological and psychiatric disorders as well as the design of a family tree as exhaustive as possible to rule out genetic implications is key.

Rule out dermatological disorders with the help of dermoscopy.

It's essential to make the patient aware of possible complications, comorbidities such as digestive obstructions and advance the poor effectiveness of treatments with psychotropic drugs

Keywords: Trichotillomania, Tricophagia, Compulsion.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

INTRODUCCIÓN

La tricotilomanía es una enfermedad crónica del control de impulsos caracterizada por tirones repetitivos, compulsivos y autoinducidos del cabello^{1,2}. Según la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), es la «pérdida notable del cabello debida a la falta repetida sobre el control en el impulso de arrancarse el pelo», que puede seguirse de su ingesta (tricofagia)³.

Se trata de una forma de respuesta a la ansiedad ante eventos estresantes para conseguir un alivio temporal de las emociones negativas, pero que supone un refuerzo negativo, que induce a un comportamiento repetitivo en el futuro inmediato¹.

La etiología puede ser genética y habitualmente se asocia a adicciones, depresión y trastornos del ánimo, tanto en el paciente como en familiares, y existe un riesgo de recurrencia incrementado en familiares de primer grado⁴.

El tratamiento más efectivo es la terapia cognitivo conductual. Los fármacos utilizados actúan sobre los neurotransmisores implicados en la fisiopatología del trastorno del control de impulsos, aunque con respuestas muy parciales^{1,2}.

El desarrollo de árboles genealógicos ayuda en patologías con posible componente genético como la tricotilomanía.

Este trastorno, relacionado con la impulsividad y las conductas compulsivas, se asocia con frecuencia a comorbilidades y trastornos de personalidad^{5,6}.

Se presenta el caso de una paciente con tricofagia, cuya sobrina también la padece y que, además, tiene otros familiares con problemas para controlar sus impulsos.

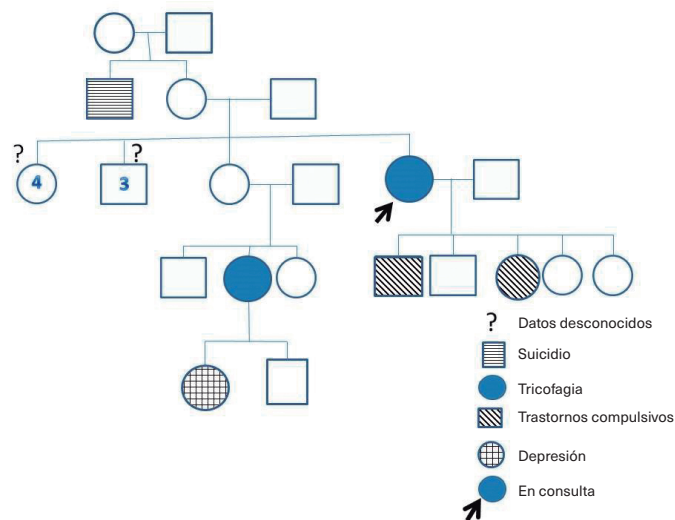
CASO CLÍNICO

Mujer de 52 años sin antecedentes personales de interés acude a consulta por molestias abdominales. Refiere arrancarse el pelo del cuero cabelludo y fraccionarlo con los dientes para posteriormente engullirlo, lo que le proporciona sensación de calma. Lo relata como una conducta iniciada a los 8 años, y reconoce sentir vergüenza o pudor por ello, por lo que hasta ahora lo ha mantenido en secreto.

Elige seis pelos de un grosor y longitud adecuados previo a la depilación, aunque últimamente arranca muchos más. Los episodios pueden ser diarios o espaciarse en épocas de estabilidad emocional. Asimismo, cuenta que tiene arranques verbales de exabruptos que le fluyen sin control, y que solo le generan sosiego cuando los considera terminados.

Durante la anamnesis presenta habla fluida sin tics motores ni verbales. Reconoce un intento autolítico en su juventud. Tiene una sobrina que también come pelo y dos de sus hijos presentan falta de control de impulsos: un hijo «se golpea violentamente con las paredes» desde los 7 años y una hija presenta incontinencia verbal con arranques incontrolables de improperios desde los 6 años (figura 1).

Figura 1. Árbol genealógico donde se observa agregación de trastornos compulsivos, tricotilomanía con tricofagia y comorbilidades asociadas en cuatro generaciones de la paciente



La exploración dermatoscópica muestra baja densidad pilosa en el cuero cabelludo (figuras 2 y 3), lo que hace pensar en un patrón autoinfligido, descartando problemas primarios dermatológicos inicialmente.

Se interconsulta a psiquiatría, donde se aprecia un temperamento impulsivo, sin asociar ideas obsesivas ni intrusiones perceptivas. Fenómeno correspondiente a una compulsión que, si no lleva a cabo, le genera mucho nerviosismo.

El tratamiento se inicia con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS): sertralina 50 mg/24 h, con aumentos progresivos hasta 150 mg/24 h; segunda opción: fluoxetina; tercera opción: risperidona, y cuarta opción, en caso de no respuesta: naltrexona.

La paciente no logra modificar sus hábitos. Desde Atención Primaria hacemos un estrecho seguimiento evolutivo para control de la posible aparición de comorbilidades.

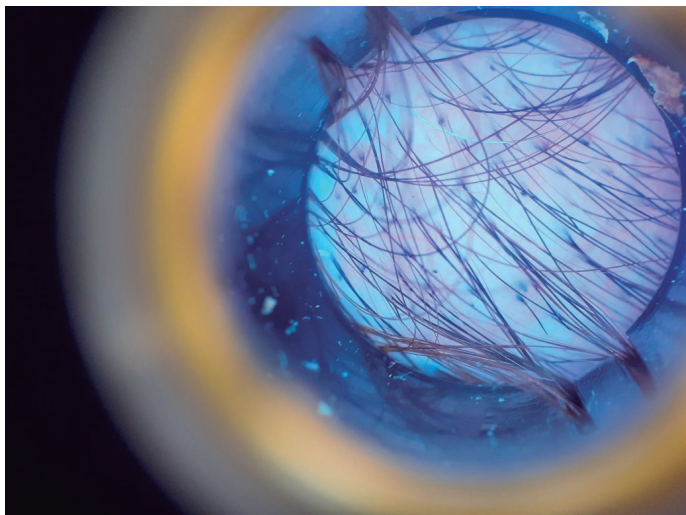
DISCUSIÓN

El término *tricotilomanía* procede del griego *thrix* («cabello»), *tillien* («tirar») y *manía* («locura»)^{1,2}.

Figura 2. Zonas del cuero cabelludo objeto de arrancamiento capilar en las que se aprecia disminución de la densidad pilosa



Figura 3. Dermatoscopia característica de arrancamiento capilar: pelos de distintas longitudes, morfología y estado de crecimiento, puntos negros, puntas deshilachadas, pelos en coma, atrición capilar



La prevalencia de esta patología oscila entre el 0,6% y el 3,9% y se observa asociada con tricofagia en el 5-20% de los casos. Puede generar tricobezoares con obstrucciones intestinales, e incluso requerir intervención quirúrgica de modo excepcional (síndrome Rapunzel)³.

El cuero cabelludo es la localización más frecuente de donde las personas afectadas se arrancan el cabello, tanto de manera automática como premeditada, y pueden llegar a ocasionarse lesiones irreversibles. Suele ser un ritual llevado a cabo en secreto¹.

La dermatoscopia y el examen histológico pueden ser una ayuda para alcanzar un diagnóstico, que muestra prevalencia de las fases catagénica y telogénica, sin inflamación y con hemorragias perifoliculares^{2,4}.

Es habitual la baja autoestima y la disfunción psicosocial como adicciones, trastornos alimentarios, problemas de personalidad, autolesiones, ansiedad y depresión¹.

La edad de inicio ronda los 10 años y la proporción mujer/hombre es 4:1. Se trata de un fenómeno identificado en otras conductas repetitivas, así como en trastornos del neurodesarrollo: síndrome de Lesch-Nyhan, síndrome de Rett, autismo, cromosoma X frágil, retraso mental y demencia⁵.

En el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV* (DSM-IV) se asoció a los tics y al síndrome de Gilles de la Tourette, pero en el DSM-V se incluyó dentro del espectro de los trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) y de los trastornos relacionados TOC: acumulación, excoiación y dismórfico corporal. Actualmente, no existe un acuerdo unánime en relacionarlo con los tics o con los TOC^{6,8}.

Son cinco los criterios que se deben cumplir para un diagnóstico de tricotilomanía: a) arrancarse el cabello de modo recurrente; b) intentos repetidos e infructuosos de detener el tirón de pelo; c) causa malestar; d) interferir en alguna área de la vida del que lo padece; e) no es atribuible a otra causa médica o trastorno mental^{4,6}.

Las tasas de concordancia en gemelos monocigóticos (38,1%) con respecto a dicigóticos (0%) dan una estimación de heredabilidad del 48% en TOC y de hasta el 76,2% en tricotilomanía. El riesgo de recurrencia familiar es alto (10-20%), sobre todo en familiares de primer grado^{4,6}.

La terapia conductual parece más efectiva (hasta el 50%) que el tratamiento farmacológico^{1,2,10}.

Los fármacos utilizados actúan sobre los transmisores implicados en la fisiopatología de los trastornos del control de impulsos (serotonina, noradrenalina, dopamina, glutamato y péptidos opioides): clomipramina, ISRS, N-acetilcisteína; olanzapina, lamotrigina, dro-nabinol, inositol, naltrexona, topiramato, y modafinilo².

Sin tratamiento, la tricotilomanía es un proceso crónico con fluctuaciones de intensidad en el tiempo. Habitualmente, los pacientes no suelen buscar tratamiento psiquiátrico. A menudo la respuesta es solo parcial (14%) y con recaídas.

Lo verdaderamente importante es el control de la calidad de vida, actitud tomada con nuestra paciente, revisada periódicamente.

CONCLUSIONES

Tricotilomanía con tricofagia es el resultado de conductas impulsivas y compulsivas asociadas al componente emocional generado por situaciones estresantes para el paciente.

Puede producir lesiones irreversibles capilares e incluso obstrucciones intestinales.

Existe un componente genético con riesgo alto de recurrencia en familiares de primer grado.

Es fundamental vigilar la aparición de comorbilidades con control de la calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Se ha contado con el consentimiento y la colaboración expresa de la paciente.

Todos los autores han contribuido a la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eskeland SO, Moen E, Hummele B. Trichotillomania. Tidsskr Nor Laegeforen. [Internet.] 2018;138(10). Disponible en: <https://tidsskriftet.no/2018/06/klinisk-oversikt/tricotillomani>
2. Cisoñ H, Kuś A, Popowicz E, Szyca M, Reich A. Trichotillomania and Trichophagia: Modern Diagnostic and Therapeutic Methods Dermatol Ther (Heidelb). [Internet.] 2018;8(3):389-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6109030/>
3. Vellaisamy R, Iyer S, Chandramohan SM, Harikrishnan S. Rapunzel syndrome with cholangitis and pancreatitis—A rare case report. Open Med (Wars). [Internet.] 2020;15(1):1137-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7718640/>
4. Zimová J, Zimová P. Trichotillomania: Bizzare Patern of Hair Loss at 11-Year-old Girl. ADC. [Internet.] 2016;24(2):150-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27477178/>

5. Paholpak P, Mendez MF. Trichotillomania as a Manifestation of Dementia. *Case Rep Psychiatry*. [Internet.] 2016;2016:9782702. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5093278/>
6. Grant JE, Chamberlain SR. Trichotillomania. *Am J Psychiatry*. [Internet.] 2016 Sep 1;173(9):868-74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5328413/>
7. Lamothe H, Baleyte JM, Mallet L, Pelissolo A. Trichotillomania is more related to Tourette disorder than to obsessive-compulsive disorder. *Braz J Psychiatry* [Internet.] 2019;42(1):87-104. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020000100016
8. Gerstenblith TA, Jaramillo-Huff A, Ruutiainen T, Nestadt PS, Samuels JF, Grados MA, et al. Trichotillomania comorbidity in a sample enriched for familial obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2019;94:152123.
9. Piantadosi SC, Chamberlain BL, Glausier JR, Lewis DA, Hamari SE. Lower excitatory synaptic gene expression in orbitofrontal cortex and striatum in an initial study of subjects with obsessive compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. [Internet.] 2019. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31168067/>
10. Sani G, Gualtieri I, Paolini M, Bonanni L, Spinazzola E, Maggiora M et al. Drug Treatment of Trichotillomania (Hair-Pulling Disorder), Excoriation (Skin-picking) Disorder, and Nail-biting (Onychophagia). *Curr Neuropharmacol*. [Internet.] 2019;17(8):775-86. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7059154/>